1897

Ein Fall von Myomotomie während der Schwangerschaft.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie & Geburtshilfe

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Alexander-Universität

Erlangen

im Juli 1897

vorgelegt von

F. Nagel

aus **Boitzenburg/Uckermark.**

Andr. Heller'sche Hofbuchdruckerei in Büdingen.

Ein Fall von Myomotomie während der Schwangerschaft.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie & Geburtshilfe

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Alexander-Universität

Erlangen

im Juli 1897

vorgelegt von

F. Nagel

aus **Boitzenburg/Uckermark.**

Andr. Heller'sche Hofbuchdruckerei in Büdingen.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
zu **Erlangen.**

Referent: **Prof. Dr. Frommel.**

Promotionsprüfung am 22. Juli 1897.

Prof. Dr. Penzoldt,
d. z. Dekan.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153716_0175

Zu Beginn dieses Jahres kam in die Erlanger Universitäts-Frauenklinik eine Patientin, die über heftige Beschwerden im Unterleibe klagte und das Gefühl hatte, als ob ihr Leib von Tag zu Tag stärker würde. Bei der Untersuchung fand sich ein grosser Tumor und daneben Gravidität. Der Tumor wurde als ein Myom diagnosticiert und unmittelbar darauf operativ entfernt, ohne die Schwangerschaft zu unterbrechen. Nach eingezogenen Erkundigungen ist die Entbindung spontan erfolgt.

Da die Myomotomie während der Schwangerschaft heut zu Tage noch wenig Eingang gefunden hat, ja verschiedene Autoren sich direkt dagegen aussprechen, sei es mir gestattet an der Hand dieses Falles nachzuweisen, wie Vertrauen erweckend diese Operation ist, wenn sie zur rechten Zeit bei Beachtung aller dabei in Betracht kommenden Umstände ausgeführt wird, und wie verhältnismässig günstig sich die Prognose für Mutter und Kind stellt.

Bevor ich jedoch auf diesen speciellen Fall eingehe, möchte ich einiges über die Myome selbst, ihre Complikation mit Gravidität, die Jndicationen zur Operation und die Prognose für dieselbe auf Grund der in den letzten 10 Jahren ausgeführten Myomotomien vorausschicken.

Wohl niemand wird es befremden, dass ein aus verschiedenen Geweben zusammengesetztes Organ, welches so wechselnden Funktionen und Veränderungen unter-

worfen ist, wie der Uterus, durch die menstruelle Congestion vor allen Dingen, dann durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, zu Erkrankungen und speciell zu Geschwulstbildungen mehr disponiert ist als andere Teile des menschlichen Körpers. Unter diesen wiederum stehen wohl die Myome der Gebährmutter an erster Stelle. Die Aetiologie derselben ist im allgemeinen noch dunkel, wenn auch in letzter Zeit v. Recklinghausen speciell für die Adenomyome nachgewiesen hat, dass sie auf präexistierende Drüsen, die abnormer Weise congenital in der Wand des Uterus abgesprengt vorhanden waren, zurückzuführen sind.

Wenn die Myome auch für gewöhnlich für gutartige Geschwülste gelten und häufig Jahrzehnte hindurch ohne irgend welche Symptome getragen und nur zufällig bei der Section entdeckt werden, so kann doch den Frauen aus ihnen eine Quelle der grössten Beschwerden und Leiden erwachsen, je nach ihrem Sitz, ob subserös, interstitiell oder submucös.

Die Hauptsymptome der Uterusmyome sind Blutung, Schmerz und Raumbeengung. Die Blutung stammt aus der Schleimhautoberfläche des Uteruskörpers, sie ist daher am stärksten bei den submucösen und interstitiellen, sie fehlt oder sie kann fehlen bei den subserösen Tumoren. Der Schmerz kann die verschiedenste Bedeutung haben, er kann Wehen entsprechen, kann durch Druck auf Nachbarorgane, Einklemmung im Becken oder Torsion veranlasst werden. Schmerzen können daher bei allen Arten der Myome vorhanden sein. Die Raumbeengung hängt von der Grösse des Tumors ab und ist daher am wichtigsten für die subserösen Geschwülste.

Alle diese Dinge steigern sich in hohem Grade bei einer nicht gerade häufig vorkommenden Complikatian, nämlich der mit Schwangerschaft. Die Myome führen

freilich, wie wohl von allen Gynäkologen zugegeben wird, häufig zu Sterilität. Am meisten werden die Schwangerschaft die submucösen, dann die interstitiellen, dann erst die subserösen Myome nicht zulassen. Die Sterilität ist durch verschiedene Gründe bedingt. Die vielfachen Veränderungen, die die Schleimhaut der Gebärmutter durch diese Geschwulstbildung erleidet, hieran sich anschliessend Katarrh, profuse Blutungen, bilden die häufigsten Hindernisse für die Conception. Hierzu kommen dann ferner mechanische Gründe. Durch den Sitz am Cervix wird der Cervicalkanal verdrängt und verengert, so dass das Eindringen von Spermatozoen erschwert, wenn nicht unmöglich wird. Ebenso kann die Vereinigung von Samen und Ei nicht stattfinden, wenn das Myom die Tubenmündung verlegt oder Lageveränderungen des Uterus zu den Tuben und Ovarien hervorruft.

Obgleich nun auf zahlreiche Myome, die vor der Conception beobachtet werden, in keiner Weise die Schwangerschaft einen Einfluss ausübt, so ist doch ein Teil von ihnen den mannigfachsten Veränderungen unterworfen und kann daher zu den grössten Störungen in der Schwangerschaft führen. Diese hängen hauptsächlich von der Struktur und dem Sitz der Geschwülste ab. Je mehr das Myom mit dem Uterus in Verbindung steht, um so mehr wird es an dessen physiologischen Vorgängen teilnehmen müssen, und je mehr es sich der Struktur des Uterus nähert, um so intensiver wird diese Veränderung sein. Von den Veränderungen ist in erster Linie eine sehr erhebliche Vergrösserung zu nennen. Cazeaux giebt an, dass er Myome während der Schwangerschaft in 3—4 Monaten so schnell wachsen sah, wie sonst in Jahren. Diese Vergrösserung beruht zum Teil auf derselben Hyperplasie und Hyper-

trophie, wie sie die Muskulatur des Uterus während der Schwangerschaft erfährt, zum Teil aber auch auf ödematöser Durchtränkung. Ferner kommt noch in Betracht Cystenbildung, Erweichungsherde und am seltesten Vereiterungen und Verjauchungen.

Die hieraus hervorgehenden Gefahren für die Mutter als auch für die bestehende Schwangerschaft haben schon lange das Augenmerk sämmtlicher Gynäkologen auf die Behandlung von Myomen während der Gravidität gerichtet. Die Behandlung durch Medicamente, Electricität und Bäder, welche in letzter Zeit wohl für Myome in Anwendung gekommen ist, aber nach den heutigen Erfahrungen noch keine sicheren Erfolge aufzuweisen hat, ist während der Schwangerschaft ausgeschlossen, da man mit diesen Mitteln in so kurzer Zeit sicher keine Einwirkung auf die Geschwülste erzielen kann.

Von operativen Eingriffen kommt in Frage:

1) Einleitung des Abortes resp. der Frühgeburt,
2) die konservative Myomotomie, d. h. mit Erhaltung der Schwangerschaft,
3) die supravaginale Amputation des schwangeren Uterus.

Der künstliche Abort, früher fast die einzige Operation, die angewendet wurde, ist in letzter Zeit mehr und mehr verlassen worden und wird nur indiciert sein, wenn die Frau sich direkt weigert, einen andern Eingriff zu gestatten. Erstens giebt man ja bei dieser Operation auf jeden Fall die Frucht auf. Wenn man aber diese, ohne die Mutter zu gefährden, erhalten kann, so dürfte dies doch wohl, wenn irgend thunlich, wünschenswert sein. Aber auch für die Mutter bietet sie eine unverhältnismässig grosse Gefahr. Dieselbe besteht darin, dass die comprimierten Organe wenig oder garnicht entlastet werden, ferner dass bei dem Sitz der Placenta

auf dem nicht retractionsfähigen Tumor profuse Blutungen n und nach der Nachgeburtsperiode eintreten können, lass im Puerperium eitriger oder jauchiger Zerfall ein-:reten kann, und dass vor allem schliesslich später doch noch eine Exstirpation nötig wird, so dass die Frau sich zweimal grossen Gefahren aussetzt.

Daher sind jetzt wohl fasst alle Gynäkologen, obgleich die Technik der Myomotomie noch lange nicht so ausgebildet ist wie die der Orariotomie und einer weiteren Vervollkommnung bedarf, dennoch bei strikter Indication der Ansicht, entweder die konservative Myomotomie auszuführen oder den schwangeren Uterus supravaginal zu amputieren.

Als Gegner habe ich in der Litteratur nur gefunden Hofmeier, Rosenberg, Apfelstedt und Runge, die sich alle gegen die mehr und mehr um sich greifende Neigung, unter diesen Verhältnissen operativ vorzugehen, wenden, da Erscheinungen, die das Leben bedrohen, nur sehr selten eintreten. Ferner Pasquali, der schreibt: „Der künstliche Abortus ist in jenen Fällen, in welchen der Tumur voraussichtlich ein unüberwindliches Geburtshindernis abgeben würde, in den ersten 3 Schwangerschaftsmonaten angezeigt und ungefährlich.“

Frommel verhält sich gegen Myome während der Schwangerschaft so lange wie möglich exspectativ. Um operativ gegen dieselben vorzugehen, muss eine strenge Indication vorhanden sein. Als solche gelten:

1) Schnelles Wachstum, wenn es sich, wie es meistens der Fall ist, um intraligamentäre oder subseröse Geschwülste handelt. Diese führen sowohl zur Raumbeschränkung in der Bauchhöhle als auch zu Compressionserscheinungen der Brustorgane, zuweilen bis zu unmittelbarer Lebensgefahr. Ferner bedürfen sie wegen ihrer

Grösse eines enormen Ernährungsmaterials und untergraben so die Gesundheit der Frau, deren Kräfte schon ohnedies durch die Ernährung der Frucht sehr in Anspruch genommen sind.

2) Blutungen, die der Frau verderblich werden können. Dieselben werden ja so gut wie immer bei Eintritt der Schwangerschaft sistieren, sind aber doch auch während derselben beobachtet worden.

3) Stieldrehung mit peritonitischen Erscheinungen. Die Schwangerschaft führt durch Verschiebung zur Axendrehung gestielter Tumoren, es treten Ernährungsstörungen auf und damit konsekutive peritonitische Erscheinungen.

Als Beispiel könnte man hier einen Fall von Cappie anführen, wo im IV. Monat der Schwangerschaft nach Axendrehung eines Myomstiels der Tod unter den Erscheinungen akuter Peritonitis erfolgte.

Oder das Hin- und Herfallen des beweglichen Tumors ruft peritonitische Exsudationen hervor, die dann die Punktion erfordern würden. Wiederholte Punktionen halten die Frauen aber nicht aus.

4) Ungünstige Veränderungen im Tumor selbst. Hier wäre drohende Erweichung und Zerfall des Myoms zu nennen.

Biermer führt als weitere Indicationen Beschwerden beim Wasserlassen, so dass Katheterisieren notwendig ist, furchtbare Schmerzen bei zunehmender Füllung der Blase, verbunden mit unregelmässigem, harten, sehr schmerzhaften Stuhl an.

Leopold geht sogar noch weiter. Wie er schreibt, gilt nicht nur Indicatio vitalis, sondern auch heftige Schmerzen, Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, Aufhebung der Arbeitsfähigkeit, sowie die voraussichtlichen Gefahren während und nach der Entbindung.

Welche Operation anzuwenden ist, die konservative Myomotomie oder die supravaginale Amputation, wird natürlich durch den Sitz der Geschwulst bedingt sein. Erstere ist angezeigt bei allen gestielten subserösen Myomen, letztere bei grossen intramuralen, wo eine Enucleation unmöglich ist. Zwischen diesen beiden Arten liegen aber eine Unmenge von Uebergängen, wo man zweifelhaft sein kann, welche Operation zu wählen ist. —

Nach Frommel ist die Indication folgende: „In jedem Falle soll sich der Operateur erst nach Eröffnung der Bauchhöhle für das eine oder andere Verfahren entscheiden. Finden sich grössere und insbesondere multigle interstitiell und mubmucös entwickelte Geschwülste, so wird von vornherein die supravaginale Amputation der gegebene Eingriff sein. In allen anderen Fällen aber dürfte wenigstens der Versuch einer konservativen Behandlung zu machen sein. Fällt dabei die Verletzung des Uterus zu gross aus, oder reicht sie insbesondere tief hinein gegen die Schleimhaut zu, so lässt sich die Amputation immer noch anschliessen. Lässt sich aber das Geschwulstbett gut adaptieren, so dass die Gefahr der Nachblutung ausgeschlossen, so ist die Enucleation unter allen Umständen indiciert.“ —

Als Anhänger dieser Ansicht finde ich in der Litteratur hauptsächlich Mackenrodt und Biermer. Ersterer sagt, nachdem er zwei Fälle von konservativer Myomotomie beschrieben hat: „Es treten bei der Complikation von Myom und Schwangerschaft Erweichungen der Tumoren ein unter dem Einfluss der Schwangerschaft, welche die sofortige Laparotomie erforderlich machen. Man braucht aber nicht gleich den ganzen Uterus zu exstirpieren, sondern kommt nicht selten mit der Enu-

cleation aus, kann sogar die Schwangerschaft fortbestehen lassen.“

Biermer schliesst sich ebenfalls der konservativen Operationsmethode an, selbst bei schwierigster Enucleation. Er berichtet von der Enucleation eines Myoms aus der Uteruswand. Der Verlauf der Operation war günstig. Leider schloss sich nach 5 Wochen Abort an, wofür er aber die Operation nicht verantwortlich macht. Die Frau wurde durch einen verhältnismässig geringen Eingriff von ihren grossen Beschwerden befreit und zwar in konservativster Weise. Daher schliesst er sich ganz der Ansicht Frommels an, bei subserösen und interstitiellen Myomen, auch wenn dieselben bereits ziemlich gross sind, zuerst die Enucleation zu versuchen, selbstverständlich nur, wenn die Beschwerden eine Indication zur Operation geben. Treten bei der Enucleation unvorhergesehene Hindernisse ein, so ist immer noch Zeit vorhanden, den Uterus supravaginal zu amputieren oder die Totalexstirpation desselben anzuschliessen. —

Was die Prognose anbetrifft, so sprechen hier wohl am besten statistische Zahlen. Deshalb habe ich, so weit es mir möglich war, die in den letzten 10 Jahren ausgeführten Myomotomien, nach Autoren geordnet, aus der Litteratur gesammelt und in 2 Tabellen niedergelegt. Die erste enthält die Fälle von konservativer Myomotomie, die zweite die von supravaginaler Amputation des schwangeren Uterus. In der ersten ist vermerkt, ob die Frau genesen, und die Schwangerschaft nicht unterbrochen ist, in der zweiten, ob die Frau genesen.

I. Tabelle.

Autor	Zahl der Fälle	genesen	Exitus	Fortbestand d. Schwangerschaft	Abort
Landau	1	1	—	1	—
Martin	1	1	—	—	1
Bidder	1	—	1	—	—
v. Braun	1	1	—	1	—
Boutier	1	1	—	1	—
Pernice	1	1	—	1	—
Engström	1	—	1	—	—
Phänomenoff	1	1	—	1	—
Broom	2	1	1	1	—
v. Rosthorn	3	3	—	2	1
Mackenrodt	2	2	—	2	—
Harwitz	1	1	—	1	—
Runge, Apfelstedt	1	—	1	—	—
Hofmeier	1	1	—	1	—
v. Strauch	1	1	—	1	—
Vautrin	1	1	—	1	—
Freub	1	1	—	1	—
Stavely	2	2	—	2	—
Olshausen	3	3	—	3	—
Schroeder	1	1	—	1	—
Gordon	1	1	—	1	—
Bergh	1	1	—	1	—
Netzel	1	1	—	1	—
Fleischlen	1	1	—	1	—
Aimé	1	1	—	1	—
Küstner	1	1	—	—	1
Becking	1	1	—	—	1
Taylor	1	1	—	—	1
Löhlein	1	1	—	—	1
Everke	2	2	—	—	2
Leopold	1	1	—	1	—
Biermer	1	1	—	—	1
Frommel	5	4	1	4	—

Tabelle II.

Autoren	Zahl der Fälle	genesen	Exitus.
Martin	2	1	1
Hofmeier	1	1	—
Bautock	1	1	—
Etheridge	1	1	—
Fritsch	1	1	—
Meredith	2	—	2
Wyder	1	1	—
Vautrin	1	—	1
v. Rosthorn	4	4	—
Klotz	1	1	—
Ehrendorfer	1	1	—
Phaenomenoff	1	1	—
Price	1	1	—
Baer	1	1	—
v. Braun	1	1	—
Reamy	1	1	—
Brewis	1	1	—
Fehling	2	2	—
Chroback	1	1	—
Nové Josserand	1	1	—
Leopold	1	1	—
Doederlein	1	1	—
Delétrez	1	1	—
Lauwers	3	2	1
James Ross	1	1	—
Banga	1	—	1
Parkes	1	1	—

Aus der ersten Tabelle, in der 45 Fälle aufgeführt
ıd, ist ersichtlich, dass 40 Frauen genesen, also $87^1/_2\,^0/_0$
'r Fälle günstig verlaufen sind. Die zweite Tabelle,
der 36 Fälle verzeichnet sind, weist nach, dass 29
:auen genesen also $79^3/_{10}\,^0/_0$ der Fälle günstig ver-
ufen sind. Aus beiden Tabellen kann man also wohl
hliessen, dass die Prognose der Myomotomie für die
utter eine durchaus nicht schlechte ist. Dieselbe ist
:sonders in den letzten Jahren, wenn man frühere
:atistiken hiermit vergleicht, eine bessere geworden und
ird noch immer besser werden, je mehr die Technik
eser Operation ausgebildet sein wird. Die erste Tafel
:igt aber auch, dass die konservative Myomotomie, die
letzter Zeit von einigen Gynäkologen und namentlich
rommel im weitgehensten Masse ausgeführt wird, eine
ute Prognose für Fortbestand der Schwangerschaft
.etet, ohne die Mutter mehr zu gefährden als die
mputation des Uterus. In den 40 Fällen, die in Betracht
)mmen, ist 9mal Abort resp. Frühgeburt eingetreten.
Vir haben hier also $77^1/_2\,^0/_0$ günstige Fälle. Ausserdem
t ein Fall von Abort, der von Biermer berichtet wird,
ıum der Operation zuzuschreiben, da derselbe, wie der
utor schreibt, erst 5 Wochen post operationem einge-
'eten ist. Da die konservative Myomotomie so günstige
esultate geliefert hat, ist ein derartiger Eingriff wohl
jeder Beziehung zu rechtfertigen und, wenn irgend
'ie möglich, der Amputation des Uterus vorzuziehen,
ımal wenn es sich darum handelt, nicht allein das
:imende Leben zu erhalten, sondern auch die Frau vor
'erstümmelung zu bewahren. —

Nach diesen allgemeinen Betrachtungen will ich
un über den am Anfang erwähnten Fall von Myomotomie
:richten.

Frau T. aus P., 40 Jahre alt, o. p.

Aufnahme in die Klinik am 18. I. 97.

Diagnose: Myoma subserosum uteri. Gravid. mens. IV.

Anamnese: Vater unbekannt, Mutter 75 Jahre alt am Schlagfluss gestorben.

Erste Regel mit 16 Jahren, 3—4 Tage dauernd, stark, alle 4 Wochen regelmässig wiederkehrend; letzte Regel Mitte Oktober, etwas schwächer.

Entbindungen oder Aborte hat Patientin nicht durchgemacht.

Seit dem Ausbleiben der Regel merkt Patientin, wie sich in der linken Seite des Unterleibes eine feste, stets wachsende Geschwulst bildet, welche schmerzhaft ist.

Status praesens. Mässig grosse Frau, von ziemlich gutem Ernährungszustand, kräftigem Körperbau, etwas gerötetem Gesicht. Kräftige Körperkonstitution. Herz und Lunge ohne besonderen Befund; Herzaction etwas beschleunigt.

Brüste schlecht entwickelt, hängend, Drüsensubstanz mässig entwickelt, auf Druck wenig Colostrum. —

Bauchdecken ziemlich straff, in der Höhe des Nabels stark hervorgetrieben durch einen Tumor, welcher sich von links hinten nach rechts bis circa handbreit rechts von der Mittellinie erstreckt, nach oben reicht er bis handbreit über den Nabel; nach unten hängt er durch einen kurzen Strang mit dem Uterus zusammen. Der Tumor ist von höckriger Oberfläche und sehr beweglich, an seinen beiden Enden etwas ausgebuchtet, so dass er an Gestalt einer Niere ähnlich ist.

Einige frische Striae, Nabel verstrichen. Vulva stark behaart, Rima geschlossen, Hymen erhalten, stark eingerissen, Damm und Frenulum erhalten; Scheideneingang eng, ziemlich kurz, etwas rauh; Schleimhaut

etwas livide verfärbt. Uterus stark vergrössert, von teigig-weicher Beschaffenheit, nach rechts verdrängt, oberhalb des Cervix ist wieder ein kleines Myom. Deutliches Hegar'sches Schwangerschaftszeichen. Mit einem breiten, kurzen Stiel geht links der Tumor ab, welcher von solider Beschaffenheit ist Muttermund geschlossen, grübchenförmig.

Anhänge nicht abzutasten.

Harn frei von Eiweiss und Zucker.

Laparotomie 22. I. 97. Bauchschnitt von der Symphyse bis nicht ganz zum Nabel. Sehr fettarme Bauchdecken. Geringe Blutung. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentirt sich die vordere Fläche resp. der untere Rand des glatten, harten, ungewöhnlich derben Tumors, welcher vollständig frei beweglich im Abdomen liegt und mit seinem untern Rande einem dunkelbläulichen, weichen Tumor nahezu anliegt, und wie sich nachher herausstellt, in breiter, stielartiger Verbindung steht. Dieser nach rechts von der Mittellinie und etwa handbreit über das Becken heraufreichende Tumor erweist sich als der etwa im IV. Monat der Gravidität befindliche Uterus, dessen linke Anhänge bei sehr starker Fundusentwickelung links und etwas vorn, die rechten rechts und etwas hinten durchaus normal abgehen. Der etwa 8 cm breite, dabei schmale Stiel geht nach kurzem Verlauf auf den Tumor über, und liegt diese stielartige Verbindung in der Höhe des Abgangs der linken Anhänge 3—4 Querfinger medianwärts. Es lässt sich ausserdem konstatieren, dass der Uterus noch von mehreren Myomen durchsetzt ist, wovon eines von der Grösse eines Hühnereies etwa fingerbreit oberhalb des Cervixansatzes sitzt, so dass dadurch wohl bei der Untersuchung die Vermutung entstehen konnte, es wäre dies das corpus uteri. Andere in der Grösse schwankende, von Kirschen-

und Erbsengrösse, Myome sind in der ganzen vorderen Wand des Uterus in erheblicher Anzahl vorhanden. Doch sind sie alle nicht von einer Grösse und Bedeutung, dass etwa an eine supravaginale Amputation gedacht zu werden braucht. Im Gegenteil wird versucht, die Gravidität zu erhalten. Dem entsprechend wird der Stiel des Tumors rasch abgetragen, wobei in seiner ganzen Ausdehnung grosse und kleine Gefässe spritzen welche teils mit Koeberle gefasst, teils durch die Naht umstochen werden. Zur Vernähung des Stumpfes, die ohne Mitfassen des Peritoneums gemacht wird, bedarf es ungefähr 10 Catgut- und Seidensuturen. Darüber wird dann das Peritoneum mit einer fortlaufenden Catgutnaht geschlossen, worauf die Blutung bis auf 2 Stichkanäle steht. Diese letzteren erfordern noch einige Peritonealübernähungen. Der schwangeren Uterus, welcher durch provisorische Bauchnaht während der ganzen Operation in der Bauchhöhle zurückgehalten worden ist, wird darauf völlig versenkt, und die Bauchwunde, welche in Folge der Grösse des Tumors bis über den Nabel hinaus verlängert werden musste, mit einer ziemlich reichlichen Anzahl von durchgreifenden und versenkten Silbernähten geschlossen. Fortlaufende Catgutnaht zur Vereinigung der Haut. —

Patientin erwacht bald aus der Narkose und erholt sich sehr rasch. Schon nach einigen Stunden ist das subjective Befinden ein sehr gutes, es besteht nicht die geringste Schmerzempfindung, so dass von Morphium vollkommen Abstand genommen werden konnte.

Am 2. Tage erfolgt spontan Stuhl, zugleich gehen zahlreiche Flatus ab.

In den nächsten Tagen nimmt die Pulzfrequenz etwas zu, Temperatur ist stets der Norm entsprechend.

27. I. Patientin klagt etwas über Husten; es werden deshalb Morphiumtropfen gegeben; eine Ursache für diesen Husten lässt sich nicht nachweisen.

31. I. Da die Spannung des Abdomens durch den graviden Uterus eine ziemlich beträchtliche ist, werden die Nähte erst am 10. Tage entfernt. Dabei zeigt sich, dass die Bauchwunde an einzelnen Stellen stark gerötet ist, und aus einzelnen Stichkanälen sich etwas Eiter entleert Dieser wird ausgedrückt, und die Wunde mit Lysol gereinigt, darauf mit Jodoform bestreut, und ein neuer Verband darüber gelegt. Bei der Auskultation werden Herztöne wahrgenommen.

2. II. Die Eiterung hat zugenommen, doch ist sie auf eine Fünfmarkstück grosse Stelle beschränkt; es werden Incisionen gemacht, die den ganzen Eiterherd eröffnen, 2 tief liegende Silbernähte müssen entfernt werden. Ausstopfen mit Jodoformgaze Verband.

6. II. Patientin darf aufstehn, nachdem vorher eine Leibbinde angelegt worden ist. Der fundus uteri steht nunmehr in Nabelhöhe; trotz sorgfältiger Auskultation werden die früher gehörten Herztöne nicht mehr wahrgenommen.

Täglicher Verbandwechsel, Sekretion nunmehr ganz gering.

16. II. Die Wunde hat sich bedeutend verkleinert. Herztöne werden nicht mehr gehört, doch glaubt Patientin seit 2 Tagen Kindsbewegungen zu spüren.

Täglicher Verband. Sekretion nimmt mehr und mehr ab. Die täglich vorgenommene Auskultation ergiebt stets ein negatives Resultat, obgleich Patientin jetzt deutlich Kindsbewegungen wahrzunehmen angiebt.

Der Verband wird nun jeden Tag gewechselt; die Sekretion nimmt stetig ab, die Wundfläche granuliert gut.

27. II. Nachdem die Bauchwunde sich vollkommen, geschlossen hat, wird Patientin entlassen mit der Weisung nach erfolgter Geburt Mitteilnng zu machen.

5. VI. Nach Mitteilung der Hebamme trat am 1. Juni nach zweitägigem Kreissen die Geburt ein. Lebender Knabe.

In der Bauchwunde werden 2 versenkte Nähte sichtbar; dieselben sollen durch den dortigen Arzt entfernt werden. —

Wir sehen hieraus, dass die ausgeführte Operation voll und ganz berechtigt war. Erstens wäre der Zustand der Frau wegen der heftigen Schmerzen bis zum Ende der Schwangerschaft ein unerträglicher gewesen, zweitens wäre es aber auch bei der Grösse und dem schnellen Wachstum des Tumors unmöglich gewesen, ohne irgend einen operativen Eingriff das Ende der Schwangerschaft abzuwarten. Hier den künstlichen Abort einzuleiten, wäre auch verwerflich gewesen. Denn jedenfalls hätte nach Ausstossung der Frucht wegen der heftigen Beschwerden, die wohl sicher nicht durch die Entfernung der Frucht gehoben worden wären, doch später die Myomotomie ausgeführt werden müssen. Die Frau wäre also unnötigerweise zweimal der Gefahr einer Operation ausgesetzt worden. Ausserdem hätte man aber auch sowohl bei Einleitung des künstlichen Abortes als auch bei der supravaginalen Amputation des Uterus auf ein lebendes Kind verzichtet, und gerade aus diesem Beispiel sieht man wieder recht deutlich, dass dies durchaus nicht immer nötig ist. Denn wie von der Hebamme an die Klinik berichtet wurde, hat die Frau bis ans Ende der Schwangerschaft ausgetragen und spontan ein lebendes Kind zur Welt gebracht. Gewiss ein herrlicher Erfolg für die so wohl gelungene Operation.

Es hat sich eben wieder die auf viele Erfahrungen gestützte Thatsache bestätigt, dass ein Eingriff an den inneren Genitalien viel weniger Kontraktionen des Uterus

t Ausstossung der Frucht hervorruft, wie ein solcher
. den äussern. —

Nach allen diesen Erwägungen kann man nur
äuschen und hoffen, dass die konservative Myomotomie
mmer mehr Anhänger finden möge. —

Zum Schluss erlaube ich mir, meinem hochverehrten
ehrer, Herrn Professor Dr. Frommel, für die
eundliche Ueberlassung dieser Arbeit und Herrn Assi-
enzarzt Dr. Lips für die gütige Unterstützung bei
erselben meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen. –

Litteratur.

1. Lehrbücher von **Schroeder, Kaltenbach, Veit.**
2. Verschiedene Bände der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, des Centralblattes für Gynäkologie und von **Frommels** Jahresberichten.
3. **Gusserow**, Neubildungen des Uterus.
4. **Dissertationen:**
   a. **Würkert**, zur Pathologie, Prognose und Therapie der durch Myome komplizierten Gravidität.
   b. **Kirchheimer**, zur operativen Behandlung der Myome der Gebärmutter in der Schwangerschaft und Geburt.

1897

Über

Behandlung der Gesichtslagen.

Von

Dr. Franz Neumann.